

Мармыш Г.Г., Брейдо Г.Б.,
Жемойтяк Р.Р., Кояло С.И.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ПЕРИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА

/ Гродно /

Многочисленными исследованиями установлено, что одним из составных звеньев патогенеза распространенного перитонита является нарушение физиологических функций тонкой кишки и в первую очередь угнетение ее двигательной активности (Ерьюхин И.А. и соавт., 1989; Ханевич М.Д., 1993). Причины паралитической кишечной непроходимости при перитоните кроются в дисфункции вегетативной нервной системы, воздействии гуморальных веществ, биологически активных средне- и низкомолекулярных пептидов, микробных токсинов, повышении внутрикишечного и внутрибрюшного давления, электролитных и микроциркуляторных нарушениях. Развивается состояние, которое может быть охарактеризовано как универсальная энтеральная недостаточность, когда кишечник становится источником интоксикации и требует патогенетически обоснованной терапии.

Одним из патогенетически обоснованных способов лечебного воздействия на моторику желудочно-кишечного тракта является, на наш взгляд, длительная перидуральная анестезия. Целесообразность ее применения в системе комплексного лечения распространенного перитонита обусловлена несколькими существенными факторами.

Как известно, симпатическая нервная система тормозит моторику желудочно-кишечного тракта, являясь в данном случае антагонистом парасимпатической нервной системы. Отдел симпатической нервной системы, иннервирующий органы брюшной полости, представлен 3-5 узлами пограничного симпатического ствола. Основными ветвями этого отдела пограничного симпатического ствола являются соединительные нервы, идущие к солнечному сплетению от верхних поясничных симпатических узлов и нервные стволы, идущие

от нижних поясничных узлов к верхнему и нижнему брыжеечным сплетениям. Следует особо подчеркнуть, что в формировании солнечного сплетения существенную роль играют нижние грудные ганглии.

Следовательно, исключение тормозного механизма поясничных, нижних грудных симпатических ганглиев приводит к активации моторики желудочно-кишечного тракта. Блокада спинномозговых нервов на соответствующем уровне обеспечивает функциональную активность кишечника, понижает внутрибрюшное давление, улучшает регионарный кровоток органов брюшной полости. Этот совокупный эффект перидуральной анестезии в системе комплексного лечения перитонита позволяет улучшить моторную активность желудочно-кишечного тракта.

В клинике общей хирургии за период с 1994 по 1997 г.г. длительная перидуральная анестезия выполнена у 34 больных с острым распространенным перитонитом в возрасте от 18 до 73 лет. Мужчин было 28, женщин — 6. Причиной перитонита у 6 (17,6%) больных был острый аппендицит, у 2 (5,9%) пациентов — острый холецистит, у 9 (26,5%) больных — острый панкреатит, у 4 (11,8%) пациентов — прободная язва желудка и 12-перстной кишки, у 7 (20,5%) — открытая и закрытая травма живота с повреждением полых органов, у 2 (5,9%) — рак толстой кишки, у 4 (11,8%) — острая кишечная непроходимость.

Методика проведения длительной перидуральной анестезии заключалась в пункции перидурального пространства между остистыми отростками Th₇ и L₂ с проведением в него тонкого катетера. Через катетер фракционно, каждые 6-8 часов вводится анестезирующий раствор (2% раствор лидокаина, тримекаина и др.) в течение 2-4 дней. Больным с нестабильной гемодинамикой в перидуральный катетер вводятся анестезирующие вещества более низкой концентрации (1% раствор лидокаина, тримекаина и др.) с добавлением 0,3-0,5 мл 1% раствора морфина гидрохлорида.

Из общего числа больных, у которых применялся данный метод лечения, у 9 (26,5%) человек длительный перидуральный блок был выполнен до операции, что позволило уменьшить анестезиологический стресс, снизить, операционный риск.

Из анализируемой группы больных умерло 3 человека. Летальность составила 10,7%.